reinventando / los seguros

Gastos Médicos Mayores

Solicitud de rembolso

Instrucciones

1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Utilice letra **de molde, legible y tinta negra.**
2. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
3. Debe ser firmado por el asegurado afectado y/o titular de la póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
4. La recepción de este formato no obliga a AXA Seguros a admitir la procedencia de la reclamación, ésta será evaluada conforme al contrato de seguro.
5. Llenar una solicitud de rembolso por cada enfermedad o siniestro ocurrido.

Información general de la póliza

No. de póliza	___ Individual Colectivo No. de certificado_____	Tipo de reclamación Inicial (cuando es la primera vez que se presentan gastos por este evento) Complementario (cuando ya se han presentado gastos por este evento) No. de siniestro _____	Cobertura ___ Enfermedad ___ Accidente ___ Maternidad ___ Muerte Accidental Gastos Funerarios Otro (especifique) _____

Información general

Datos del asegurado afectado

Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
Edad	Sexo ___ Masculino Femenino	Fecha de nacimiento Día Mes Año	País de nacimiento
Nacionalidad	Ocupación/Profesión/Giro del negocio		Número de Firma Electrónica Avanzada
R.F.C		CURP	
Domicilio Calle		No. Exterior	No. Interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad / Estado
Correo electrónico del asegurado afectado o titular	Teléfono (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad) 044

En caso de que los datos del contacto sean diferentes al asegurado afectado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Correo electrónico	Teléfono (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044
Especifique cuál es la relación con el asegurado afectado		

Nota: es importante que nos proporcione los datos del asegurado afectado para poder informarle del estatus y seguimiento a su siniestro.

Información presentada

Informe(s) médico(s) ___ Interpretación (radiografía, tomografía, ultrasonido, etc.) Resultados de patología
Resultados de laboratorio Otro(s) Especifique _____

Facturas o recibos presentados para rembolso

___ Hospital ___ Honorarios médicos Patología (biopsia)
Medicamentos Otro(s) Especifique _____

Desglose de gastos reclamados por conceptos distintos a medicamentos

No. de comprobante	Enfermedad o diagnóstico	Tratamiento (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Duración (días de hospitalización, no. de consultas o sesiones)	Importe total
1.				
2.				
3.				
4.				

AI - 344 • DICIEMBRE 2014

reinventando / los seguros

Gastos Médicos Mayores

Solicitud de rembolso

Desglose de medicamentos reclamados

No. comprobante	Enfermedad o diagnóstico	Nombre de medicamento	Farmacia (razón social)	Importe total
			Total:	

Datos del beneficiario de pago (para gastos médicos proporcionar datos del asegurado o contratante)

Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
Edad	Sexo ___ Masculino Femenino	Fecha de nacimiento Día Mes Año	País de nacimiento
Nacionalidad		Ocupación/Profesión/Giro del negocio	Número de Firma Electrónica Avanzada
R.F.C		CURP	
Domicilio Calle		No. Exterior	No. Interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad / Estado
Correo electrónico del asegurado afectado o titular		Teléfono (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044

Exclusivo para personas físicas.

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto	Parentesco o vínculo

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí ___ No ___
Especifique:

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí ___ No ___	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted
4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí ___ No ___	Nombre y porcentaje de participación / **Firma**

Forma de pago

___ Transferencia electrónica

Banco _____

Clabe interbancaria

___ Orden de pago

El beneficiario del pago declara bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad AXA Seguros, S.A. de C.V., por los pagos/depósitos que a favor de dicha cuenta ésta efectúe.

AI - 344 • DICIEMBRE 2014

reinventando / los seguros

Gastos Médicos Mayores

Solicitud de rembolso

Datos personales

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de **AXA Seguros, S.A. de C.V.** por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro. Firma _____

Asimismo autorizo que en caso de siniestros AXA comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible con mi agente de seguros.
"En caso de que usted no acepte, favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma"**.
Sí _ _ No _ _ Firma _____

El tratamiento de los datos personales en **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad

¿Autoriza que **AXA Seguros S.A. de C.V.**, pueda obtener una segunda opinión médica de su estado de salud?, con el objeto de proporcionarle el mejor diagnóstico para el tratamiento de su enfermedad, pudiendo para este fin transferir sus datos personales y sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero.

Sí acepto Fecha y firma del asegurado _____ No acepto Fecha y firma del asegurado_____

Firma del asegurado afectado o representante legal	Firma del asegurado titular y/o contratante	Lugar y fecha

Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por rembolso, el asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del contratante o asegurado de la póliza.

Documentación a anexar a esta solicitud:

- ☐ Informe médico, por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- ☐ Copia de recetas médicas señalando nombre del asegurado afectado, fecha de elaboración, nombre del medicamento (presentación, dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento).
- ☐ Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- ☐ Facturas hospitalarias, de enfermeria, farmacia o cualquier otra emitida por personas morales: a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V.: ASE931116231, Xola 535, piso 27, Del Valle, Benito Juárez, 03100, México, D.F.
  Los comprobantes con retención de ISR, como honorarios médicos: a nombre del asegurado. **Revisa tu guía del usuario para mayor detalle de documentos a entregar para coberturas como Maternidad y Gastos Funerarios.**

AI - 344 • DICIEMBRE 2014

Llámanos sin costo

01 800 911 9999

axa.mx

AI - 344 • DICIEMBRE 2014

AXA Seguros, S.A. de C.V. Xola 535, piso 27, Del Valle, 03100, México, D.F.
Tels. 5169 1000 • 01 800 900 1292 • axa.mx

reinventando / los seguros